

A decorative border composed of a repeating pattern of small, interlocking triangles in shades of gray and white, framing the central text area.

Unidad 6

Orientaciones para el abordaje de
la violencia sobre las mujeres en el primer
nivel de atención

Autoras. María Eugenia Bagnasco - Diana Pierina Juárez

1. Introducción

Afirmábamos en algún material previo:

“El centro de salud, muchas veces, es un espacio que resulta familiar, amigable y ofrece la oportunidad de solicitar ayuda a aquellas personas que están sufriendo por vivir en condiciones de violencia”

También, sabemos que la mayoría de las mujeres que viven en un barrio o comunidad suelen tener un alto número de contactos con los integrantes del equipo de salud, realizar consultas frecuentes para ellas, para sus familiares y /o vecinos/as; en ocasiones, las mismas mujeres asisten con lesiones físicas y/o daños psicológicos que no encuentran antecedentes previos en su historia clínica.

Sin embargo, esta presencia en el sistema público de salud no asegura por sí sola una mayor detección de situaciones de violencia de género, ni siquiera una mayor sensibilización.

Los equipos de salud comunitarios son, entonces, uno de los puntos de contacto que pueden ofrecer escucha, información y atención en el primer nivel de atención. Por ello, es importante que tomen nota de la prevalencia de la violencia sobre las mujeres y aprovechen cada contacto (consultas tóco ginecológicas, control prenatal, control del niño/ña sanos, consultas por dificultades de aprendizaje en la escuela y otras) para prestar atención e indagar acerca del tema.

Cada consulta se constituye en una oportunidad de prevenir y detectar tempranamente alguna de las formas de violencia y, por tanto, de disminuir la morbimortalidad por esta causa.

La violencia de género incide en la salud de las mujeres y afecta sus vidas, particularmente en su salud sexual - como vimos en la unidad 2- referida a la procreación responsable, la maternidad sin riesgos, la prevención de infecciones de transmisión sexual, entre otras.

En todos los casos, el trabajo sobre la violencia hacia las mujeres tiene una indisoluble vinculación con conocer y hacer valer los derechos a la vida y a la salud de todas y todos.

Desde hace cinco décadas, las mujeres lideran una lucha permanente por la equidad en el trato y reclaman por el ejercicio de sus derechos y se han logrado miradas más amplias y nuevas estrategias de atención desde diferentes lugares sociales, políticos y sanitarios.

Pero aún contando con estos avances, la invisibilidad de la violencia continúa dificultando su prevención y atención, las mujeres siguen viviendo discriminaciones e inequidades en los diferentes ámbitos de la vida humana que infringen graves daños a su salud integral y, muchas veces, representan la muerte.

Entendemos que es imprescindible que los equipos de salud que ya están trabajando en este problema continúen sosteniendo las acciones y los que no, inicien acciones de sensibilización hacia adentro del mismo equipo y con la comunidad para poder abordarlo, teniendo en cuenta las dificultades que se presentarán a la hora de construir un abordaje que permita disminuir las enfermedades y prevenir las muertes.

En este marco se inscribe esta unidad que tiene la intención de proponer una serie de orientaciones a los equipos comunitarios, tanto para iniciar nuevas acciones que ayuden a hacer visible este grave problema socio-sanitario que condiciona la vida y la salud de las mujeres, así como para fortalecer las existentes.

Se trata de brindar la atención y el acompañamiento necesarios a las víctimas y, también, de planificar participativamente acciones de sensibilización y prevención de la violencia; y, fundamentalmente, trabajar en promoción de la salud, valorizando el derecho a la salud y a la vida.

2. Consideraciones para una intervención en Violencia sobre las mujeres

La especificidad del Primer Nivel de Atención lo hace un ámbito propicio, reconocido por la comunidad como el referente de salud en el territorio y accesible a las personas. Por ello, es apropiado para la detección y el tratamiento de las situaciones de violencia que viven las mujeres.

Es necesario tener en cuenta que si bien la violencia sobre las mujeres está presente en todos los países y clases sociales, puede adquirir diferentes formas de expresión y modalidades. Es así que, además de encontrarse variantes dentro de las diferentes formas de expresión de las violencias sobre las mujeres, los niños y niñas, los adolescentes, los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes, en diferentes comunidades y/ o barrios pueden encontrarse diversos grados de tolerancia o indiferencia al maltrato.

Se torna imprescindible, entonces, que el equipo de salud se plantee acciones que incluyan a la comunidad, se abran espacios de consulta y se propongan soluciones desde una *perspectiva intercultural*. A través de ella, el equipo comunitario deberá debatir para arribar a una posición clara y coherente con el fin de abordar la violencia de género en ése espacio local. Esta perspectiva debe permitir conocer y comprender las formas y modalidades en que se expresa la violencia hacia las mujeres, en particular en la comunidad en la que trabajamos.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que existen diferencias culturales entre las poblaciones y que no debemos caer en un relativismo cultural que nos lleve a

entender todo hecho violento como parte de la cultura de determinado pueblo, ya que esta posición solo nos conduciría a aumentar la tolerancia frente al abuso e instalarnos en la indiferencia.

Es imprescindible que el equipo de salud lo considere a la luz de la legislación y normativas vigentes, tanto en relación a los derechos humanos como a la violencia contra la mujer y los derechos de los niños, niñas y adolescentes -todos ellos con rango constitucional en nuestro país- en las que quedan claramente definidas cuáles son las diferentes situaciones de violencia y cuáles, los derechos que podrían estar siendo vulnerados.

En los párrafos siguientes, presentamos una serie de orientaciones que resultarán de suma utilidad para trabajar en la detección de la violencia de género. Es esencial que el equipo comunitario reconozca ciertos síntomas, lesiones e indicadores que pueden encontrarse en las consultas y las asocie con una probable situación de maltrato y/o abuso, preguntando siempre si existen o si se han presentado anteriormente estas situaciones.

Es habitual recibir en las consultas médicas, de trabajo social, psicológicas, de enfermería y en la tarea diaria de los/ las agentes sanitarios una variedad de manifestaciones y presentaciones físicas, psíquicas y de tipo social que si se saben mirar más de cerca nos pueden estar indicando que esa mujer está sufriendo una situación de violencia.

A veces, el alerta acerca de la presencia de violencia llega indirectamente a partir de observar signos de alarma en los niños/as. Otras veces, son las mismas mujeres las que piden ayuda. A veces, se observan directamente señales físicas de golpes o deterioro de diferente tipo (en su aspecto general, en la higiene, en la vestimenta, signos de apatía, entre otros indicadores).

En este sentido, es muy importante que el equipo observe qué es lo que está ocurriendo con todas las mujeres de la comunidad y que, a partir de allí, reflexione sobre dónde y cómo detectar el maltrato y abuso tanto en las consultas al Centro de Salud, como en las visitas domiciliarias en la comunidad, en otras organizaciones de la comunidad (escuelas, clubes, comedores) o en cualquier espacio de intercambio con otras organizaciones barriales y que pueda planificar participativamente las acciones de promoción y prevención sobre la violencia. Es esencial escuchar el aporte de organizaciones barriales, instituciones y comunidad en general acerca de este problema social.

Muchas veces, quienes consultan y piden ayuda al equipo de salud son precisamente integrantes de diferentes instituciones y organizaciones barriales que hacen actividades con mujeres, niños, niñas y adolescentes y que perciben o conocen situaciones de violencia sobre las mujeres,

1.1. Conocer y prevenir

El trabajo de prevención desarrollado a nivel comunitario en este tema hace posible -y facilita- la detección temprana de estas situaciones.

La detección temprana contribuye a disminuir la incidencia de daños que sufren las mujeres y, también, a prevenir posibles femicidios.

Por otro lado, la sensibilización y detección temprana impulsan a la comunidad misma a plantearse y asumir diferentes formas de protección, cuidado y/o sanción. Entonces, ¿Cómo iniciar un trabajo de sensibilización en un barrio o comunidad desde el Centro de salud?

El primer paso -que seguramente muchos equipos de salud ya lo han dado- es conocer la comunidad con la que se trabaja, las particulares formas de expresión de la violencia de género en ese contexto determinado y cuáles son los modos en que la violencia de género se expresa en esa cultura.

Acercarse a la magnitud del problema no es una tarea fácil, habida cuenta que la mayoría de las mujeres sienten vergüenza por sufrir golpes, insultos o vejaciones provocadas por personas de su entorno íntimo, a quienes aman, eligieron como compañeros, y/o son padres de sus hijos e hijas. Por otra parte, muchas mujeres consideran que lo que les ocurre es natural, que deben aceptarlo, ya que sus madres, sus abuelas y quizás todas las mujeres de la familia lo han sufrido y soportado; y lo ocultan ellas mismas sumando la minimización que los victimarios hacen de los delitos cometidos.

Para las mujeres no siempre es fácil darse cuenta cómo la violencia de género afecta su salud, su vida y la de sus hijos e hijas y suelen consultar por sufrir maltrato y abusos sólo en espacios de confianza,



ACTIVIDAD

Te proponemos que revises si existen situaciones de violencia sobre las mujeres en tu comunidad y cómo se desarrollan. Para ello, te sugerimos que utilices como referencia el ciclo de la violencia que presentamos en la Unidad 1.

1-Si has detectado situaciones de violencia sobre las mujeres y/o has escuchado relatos sobre las mismas, ¿Podes reconocer la manera en que se expresa la violencia hacia las mujeres en la comunidad en que trabajan?

.....

2- Analicen en reuniones con integrantes de la comunidad lo que estos piensan sobre situaciones como:

- Que el novio le revise a la novia el celular para saber quién la llama.
- Que el novio no le permita a la novia vestirse de tal o cual modo, ir a tal o cual lugar, estudiar, trabajar, estar con amigos, familia, vecinos.
- Que llame o busque permanentemente a la novia para saber qué hace y con quién está, que imponga su voluntad en lo sexual sin tener en cuenta la elección y deseos del otro, entre otras².

1.1.1. El ciclo de la violencia sobre las mujeres: un modelo teórico del problema

En 1979 L. Walker³ describió el llamado *ciclo de violencia* en la pareja que ya fue presentado en la Unidad 1. Esta autora plantea que en los vínculos violentos se reitera un ciclo de comportamientos que contiene tres momentos y que se vuelve a repetir una y otra vez, aumentando en intensidad a medida que se repiten. Los tres momentos son:

- 1) acumulación de tensión
- 2) crisis o episodio agudo
- 3) arrepentimiento o luna de miel

Las características de cada momento fueron descritas en la Unidad 1. Vale reiterar que la etapa de acumulación de tensiones está signada por el “enamoramiento” que todo lo perdona y que todo lo permite. Un amor romántico que tiende a ir atrapando a la mujer; el hombre violento, estratégicamente, va acrecentando la vulnerabilidad de la mujer enamorada. El hombre, gran protector, la cuida, le indica qué hacer; en definitiva, es “su dueño”.

En el segundo período las mujeres consultan por lesiones, por sufrimiento. La mujer genera acciones de atención, pero difícilmente pueda sostener alguna decisión en ese momento. No siempre el episodio violento es un golpe, puede ser no permitir a esa mujer que visite a su familia, por ejemplo.

El tercer momento de luna de miel se caracteriza por el arrepentimiento ante el hecho cometido, la mujer perdona, cree nuevamente que su pareja va a cambiar; no puede salir de esta etapa, bajó su autoestima y hasta duda, piensa que puede tener alguna culpa en la generación del episodio violento. Las mujeres se apartan de todos/as y generan sentimientos de impotencia y bronca en los/las amigas.

Comprender que el problema de la violencia sobre las mujeres responde a un ciclo,

2. Ferreyra, Graciela “*Hombres violentos, mujeres maltratadas*”- Capítulo 4, “*Novias maltratadas*”. Edit. Sudamericana, Bs.As. 1992.

3. Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Módulo 10 a, Unidad 2. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 2006.

permite identificar con ellas en qué etapa están, identificar también las tensiones que van creciendo, trabajar la “culpa”. El peligro se mide por la capacidad de defensa de la mujer violentada.



ACTIVIDAD

Si regresas sobre las situaciones de violencia sobre las mujeres que reconociste en tu comunidad.

¿Podes identificar si la manera en que se expresa la violencia hacia las mujeres sigue el modelo que propone el ciclo de violencia en la pareja?
 ¿Resulta de utilidad el modelo?

.....

La decisión de trabajar en prevención de la salud implica, en primera instancia, sensibilizar al equipo y a la comunidad.

Esta sensibilización puede realizarse mediante reuniones o talleres con las personas de la comunidad para trabajar grupalmente acerca de cómo se ve la violencia de género, qué es ser mujer y qué es ser varón en el espacio local particular, cómo se puede detectar un noviazgo violento, y otros temas.

En el Centro de Salud, en toda consulta que realiza una mujer que está iniciando una relación, es necesario indagar si existen situaciones de tensión, actitudes controladoras por parte del varón, si hay celos que ahogan, quién toma las decisiones en la pareja, cómo se resuelven los conflictos y cualquier otro indicador que pueda dar cuenta de un vínculo potencialmente violento.

Conocer estas características del vínculo permite al equipo trabajar con las mujeres la idea de que hay situaciones de alerta⁴ de las que debe cuidarse, recibir soporte para comprender lo que le sucede y saber a quién recurrir para un eventual pedido de ayuda.

Conocer el ciclo de la violencia e informar a las mujeres es esencial para comprender la dinámica que posiblemente adopten los vínculos y poder prevenir los momentos de agresión; permite trabajar con las mujeres los posibles factores protectores que eviten mayores daños.

Cada femicidio seguramente tuvo indicadores previos, hechos concretos, denuncias, situaciones en la escuela, en el barrio, en el Centro de Salud, que tenidas en cuenta

4. Ferreyra, Graciela: "Hombres violentos, mujeres maltratadas"- Capítulo 4, "Novias maltratadas" Edit. sudamericana, Bs.As. 1992.

habrían podido aportar para revertir la historia de esas mujeres.

¿Cómo, dónde y con quiénes detectar estas situaciones?

La reunión del equipo⁵ es una herramienta interdisciplinaria e inter-saberes que permite definir estrategias para la promoción de la salud, para la prevención y la atención, reconocer y/o promover las redes barriales de atención⁶ y, también, trabajar sobre cómo manejar la habitual frustración que producen las idas y vueltas e indecisiones de la mujer víctima para irse del hogar, o bien para separarse de esa pareja, o tomar distancia de esa situación.

Cada intervención del equipo de salud comunitario ante una situación de violencia de género, debe tener en cuenta que también produce movimientos en las estructuras familiares, en todo el sistema social al que pertenece esa persona y que necesariamente impactarán de alguna u otra manera en la vida de las personas. Por esto, es de suma importancia conocer y abordar el problema con personas integrantes de la misma comunidad y con una red de apoyo y contención claros.

ACTIVIDAD

Te proponemos que junto a tu equipo comunitario identifiquen en el área local a personas, grupos, organizaciones o instituciones sensibilizadas por la problemática de la violencia sobre las mujeres y que relevas:

- Cuáles son sus horarios y lugares de atención.
- Cómo resuelven las consultas específicas de atención.
- Que autoridades municipales, ONG's, recursos económicos o /y habitacionales existen en tu área programática para refugiar víctimas.
- Qué perfiles tienen los integrantes de algún equipo especial de atención que haya en tu área (abogados, psicólogos, médicas, enfermeros y otros).

2.2. Hacer visible lo que se quiere ocultar: el equipo de salud comunitario ante los mitos, creencias y prejuicios⁷

A la hora de pensar en acciones de sensibilización y prevención, tenemos que tener en cuenta que parte de la complejidad de este problema de salud son los mitos⁸, creencias y prejuicios que lo rodean y que deben ser trabajados por el equipo

5. Programa Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Modulo 8, Unidad 2. Ministerio de Salud de la Nación, Bs.As. 2006.

6. Programa Medicos Comunitarios. Curso en Salud Social y Comunitaria "Trabajo en equipo, Redes y Participación", Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Bs.As. 2011.

7. Se recomienda la lectura de: Fernández, A. M. "La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres". Editorial Paidós, Bs As. 2006; en particular, para ampliar sobre mitos, creencias, prejuicios, los Capítulos 7 ("Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad") y Capítulo 10 ("La mujer de la ilusión").

8. Los mitos forman parte de un conjunto de significaciones sociales y culturales que nos preceden constituyendo relatos que dan sentido y organizan nuestra experiencia. Están representados por discursos, narrativas, creencias populares y asignan valores tanto negativos –como los prejuicios- como positivos a diferentes situaciones o condiciones humanas. Como sociedad, los reproducimos acriticamente, ejerciéndose así un efecto disciplinador en nuestras prácticas. Están totalmente vinculados a nuestros deseos y motivaciones y nos constituyen como personas. (de Fernández, A.M., texto citado.)

comunitario. Necesitamos tenerlos en cuenta, ya que acompañan a los varones y a las mujeres, a los vínculos que existen entre las parejas y a las familias. En definitiva, acompañan inevitablemente todas las relaciones interpersonales.

La invisibilidad de la violencia sobre las mujeres como problema de Salud Pública tiene su raíz en las creencias, los discursos y los prejuicios que circulan alrededor de la violencia de género en el imaginario social. Es necesario develarlos, así como también registrar las inequidades derivadas de la construcción cultural de las identidades femeninas y masculinas en todos los ámbitos interpersonales.

Los integrantes del equipo comunitario como personas, no escapan a estos condicionamientos, y en ellos también está presente la naturalización de las violencias en sus vínculos interpersonales, familiares y no familiares.

Esta condición dificulta muchas veces la atención de las mujeres ya que dicha naturalización ha ido produciendo una progresiva desensibilización que disminuye los niveles de alarma, de reacción y de rechazo social ante la violencia.

Para revertir esta situación, es preciso trabajar al interior del equipo -en primer lugar- y con la comunidad sobre los mecanismos simbólicos, sociales e institucionales que colaboran para que la violencia de género se reproduzca y se perpetúe.



ACTIVIDAD

Consideramos esencial que el equipo de salud analice su propio posicionamiento frente a mitos y creencias populares, antes de empezar a trabajar sobre violencia.

A continuación, se presenta un listado de afirmaciones habituales que son prejuicios y ocultan el problema, Les sugerimos que las lean e intercambien acerca de su valor de verdad.

- *La violencia hacia la mujer es producto de algún tipo de enfermedad: En realidad no le quiere pegar a su mujer, está enfermo porque toma y no sabe lo que hace.*
- *La violencia familiar o doméstica es un fenómeno que sólo ocurre en las clases sociales más necesitadas.*
- *La violencia en una familia es algo privado y no hay que meterse*
- *A las mujeres embarazadas no las maltratan*
- *El abuso sexual y las violaciones ocurren en lugares peligrosos y oscuros, y el atacante es un desconocido.*
- *El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física.*

- *La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la esencia del ser humano.*

1- Quizás muchos de estos ya los escucharon, entonces les pedimos que piensen: ¿Cuáles son los prejuicios y mitos que circulan en el equipo comunitario?

.....

2- ¿Cómo consideran que estos mitos, creencias y prejuicios afectan la atención de las mujeres, en el trabajo diario?

.....

Es importante que luego de este trabajo de reflexión grupal y con su facilitador/ra, registren lo que hayan pensado e intercambiado

3- Ahora les proponemos que trabajen estos temas en distintos espacios con la comunidad y revisen los prejuicios participativamente.

.....

3. Los niños y las niñas: testigos involuntarios y víctimas de la violencia de género

Si bien este material se refiere a la violencia sobre las mujeres, es muy importante hacer una mención al problema de los niños y niñas que viven en situación de violencia familiar y aportar algunas herramientas básicas para su comprensión y abordaje.

Es importante que el equipo de salud comunitario tenga en cuenta que: siempre que hay una mujer maltratada o abusada en una familia con hijos/as, hay niños, niñas y adolescentes que también son víctimas.

La modalidad inmediata y más común es que son **testigos de violencia**. Esta forma de maltrato es muy similar al abandono emocional.

Es preciso tener en cuenta que los niños y niñas testigos “aprenden” en sus casas a resolver las situaciones conflictivas con violencia, como cualquier otro aprendizaje a través de la crianza. Deben existir intervenciones que produzcan un corte, revisión y promuevan desaprender lo aprendido como víctimas o como testigos. Si el equipo de salud tiene por objeto de trabajo revertir estas relaciones abusivas que dañan la salud de las mujeres, niños y niñas, tiene que trabajar para abrir la posibilidad de aprender de otras formas de resolución de los conflictos vinculares para, de este modo, evitar que se perpetúe la violencia a través del tiempo y de las generaciones.

Los indicadores que con más frecuencia encontramos en los niños y niñas testigos de violencia son muchos:

- baja autoestima, aislamiento, introversión;
- dificultades para socializar, llaman la atención de alguna manera, ejercen violencia hacia sus pares o hacia algún animal, repitiendo el patrón de conducta aprendido;
- dificultades de aprendizaje, trastornos de la alimentación, enuresis, encopresis, problemas para dormir, problemas en el lenguaje, hiperactividad, tartamudeo, mutismo, agresividad o pasividad, trastornos en el desarrollo.
- Los datos clínicos y los estudios con los que contamos nos indican que gran parte del maltrato infanto-juvenil ocurre en familias donde también se sufre violencia conyugal.

En la detección de estos indicadores es clave el rol de las escuelas. De ahí la importancia de incluir a todo el personal docente y no docente en las actividades de promoción y estimularlos a prestar atención a la presencia de estos signos en los/as alumnos/as y sus familias, que muchas veces se observan en el ámbito escolar y se clasifican dentro de los llamados “trastornos del aprendizaje” o dentro del amplio abanico de los denominados “problemas de conducta” (actitudes agresivas o de franca apatía, aislamiento social, dificultades para quedarse quieto, las ausencias frecuentes, indiferencia ante las propuestas pedagógicas y/o de recreación).



ACTIVIDAD

En el Centro de Salud al que perteneces:
 ¿Se planifican y realizan habitualmente acciones de promoción de la salud articuladas con escuelas u otras organizaciones de la comunidad?

.....

Si se realizan, ¿Algunas de estas acciones tienen por objetivo trabajar los derechos de las mujeres y/o prevenir la violencia de género?

.....

4. Herramientas para construir un abordaje

Un abordaje para trabajar sobre la violencia de género desde el Centro de Salud en el Primer Nivel de Atención debería incluir:

- Herramientas de uso sencillo para la detección de la violencia de género (un protocolo de preguntas simplificado)
- Un modo de acercarnos a las familias y a la comunidad acordado en el equipo.
- Un procedimiento más o menos acordado para resolver las situaciones de mayor vulnerabilidad.
- La posibilidad de brindar atención desde el trabajo articulado y en consultas individuales de todos los /las integrantes del equipo de salud.
- La consideración del trabajo intersectorial como apoyo y soporte de todas las decisiones /acciones que lo requieran
- La construcción de una guía de recursos local
- Un método de registro para los casos de violencia contra las mujeres para conocer la magnitud local del problema.

4.1. Detección de la violencia de género en las consultas al Centro de Salud

Muchas veces las consultas que hacen las mujeres son explícitas: Por ejemplo:

- La mujer consulta “desesperada”, pidiendo que la alojen fuera de la casa porque fue golpeada y amenazada.
- Puede concurrir con sus hijos y alguna de sus pertenencias pidiendo ayuda directamente a cualquier persona que le genere confianza dentro del equipo.
- O plantear el problema en enfermería cuando va a control de la tensión

arterial, a curarse heridas ocurridas en el domicilio, o con una quemadura por agua caliente en su casa, o en una “crisis de nervios”.

- ⊙ Concurre la mujer a solicitar ayuda para su pareja, porque abusa del alcohol y/o drogas y “por esa razón la maltrata”.
- ⊙ Concurre una madre/ abuela a pedir ayuda para un familiar.
- ⊙ Los hijos/as son referidos al Centro de Salud por un tercero por problemas de abandono o maltrato infantil.
- ⊙ En la consulta por anticoncepción y/o prevención de ITS aparecen permanentes dificultades; la mujer expresa que quiere usar DIU o inyectables por que el compañero no le “permite” utilizar otros métodos. Algunas mujeres “pierden” sistemáticamente los comprimidos anticonceptivos.
- ⊙ No se cumplen las pautas y el seguimiento de los controles de salud para los niños/as mostrando “descuidos” en la alimentación, higiene, abrigo, ausentismo o deserción escolar.
- ⊙ Se solicita atención médica domiciliaria debido a dificultades en la deambulación, comprensión y ubicación témporo-espacial.

Ante las consecuencias de la violencia física, se debe realizar un examen físico completo, para evaluar las lesiones visibles y buscar otras nuevas o viejas lesiones. El victimario ya sabe que hay lugares para golpear que son más difíciles de detectar, como el cuero cabelludo, por ejemplo. Siempre es conveniente hacer un certificado que de cuenta de las lesiones y que puede quedar en la historia clínica del Centro de Salud para resguardar a la mujer. El registro de cada agresión y el certificado que describa las lesiones puede ser muy útil para el momento de la denuncia o como prueba eventual si existiera un femicidio.

En todos estos casos, hay indicadores claros de violencia sobre las mujeres, en algún caso sobre niños y niñas, aunque la existencia de los mismos no garantiza que las victimas estén en condiciones de pedir ayuda. De cualquier modo, la detección ya se hizo y el equipo que está en conocimiento de los riesgos y de las posibles escaladas de violencia, debe intervenir según lo consensuado en cada Centro de Salud. En otras ocasiones, la consulta se realiza por situaciones tales como:

- ⊙ Trastornos gastrointestinales crónicos, envejecimiento prematuro, enfermedades de la piel reiteradas, alergias, trastornos nutricionales como la obesidad y la desnutrición, precordialgias, osteocondritis, cefaleas y jaquecas, contracturas y dolores musculares o articulares, estados de fatiga crónica, asma.
- ⊙ Disfunciones sexuales, dificultades para elegir y/o lograr la anticoncepción, hemorragias genitales, infertilidad de origen no orgánico, consultas reiteradas por infecciones de transmisión sexual, embarazos múltiples no deseados, abortos espontáneos y provocados, trastornos del deseo sexual.

- Uso nocivo de alcohol y otras sustancias.
- Anulación de citas programadas para diversas consultas o controles, múltiples internaciones, incumplimiento de tratamientos, toma prolongada de medicamentos psicotrópicos ó automedicación.
- Incapacidad para realizar las actividades habituales con autonomía, abandono del trabajo, falta de cuidados e higiene personal, abulia, diversas inhibiciones, fobias, comportamiento evasivo, aislamiento social, comportamiento antisocial.

En este segundo grupo de situaciones, el equipo de salud puede sospechar que esa mujer sea víctima de violencia. Se puede plantear el tema en consultas con el integrante del equipo con quien la mujer tenga el mejor vínculo.

En cualquier caso, nos parece importante incluir algunas preguntas muy sencillas para hacer en las consultas que realizan las mujeres en el Centro de Salud para detectar casos de violencia sobre las mujeres, por ejemplo:

- 1- ¿Cómo describirías tu relación de pareja?,
- 2- ¿Cómo resuelven las discusiones dentro de la pareja?

Las respuestas a estas dos preguntas pueden clasificarse fácilmente del siguiente modo:

¿Cómo describirías tu relación de pareja?		
De mucha tensión, nerviosismo	Con alguna tensión, nerviosismo	Sin tensión ni nerviosismo

¿Cómo resuelven las discusiones dentro de la pareja?		
Con mucha dificultad	Con alguna dificultad	Sin dificultad

Estas dos sencillas preguntas, apuntan a detectar tensiones en los vínculos y, generalmente, son una puerta de entrada para la detección temprana de situaciones de violencia sobre las mujeres.⁹

En todos los casos, es recomendable informar sobre las etapas del Ciclo de la violencia y ayudar a la mujer que identifique en qué etapa se encuentra.

ACTIVIDAD

En tu Centro de Salud:
 ¿Cuáles son los motivos más frecuentes de consulta de las mujeres?

9. Juncal Plazaola-Castaño, Ruiz-Perez y Hernandez-torres- Escuela Andaluza de salud pública, Granada, España. Versión corta de la herramienta para screening de abuso sobre las mujeres.

Te sugerimos revisar las Historias Clínicas de mujeres de cualquier edad que hayan consultado en el último mes, listarlas y clasificarlas por motivo de consulta.

Mirando la clasificación de las consultas de mujeres del último mes:

- ¿Qué conclusiones puedes sacar?, ¿Cuáles son los motivos más comunes de consulta de las mujeres?, ¿Varían con la edad?
- ¿En cuántos de ellos se consulta explícitamente para solicitar ayuda frente a situaciones de violencia?
- ¿En cuántos de ellos se puede suponer que detrás del motivo de consulta existen situaciones de violencia sobre las mujeres?

Para el trabajo diario:

Durante un mes o dos incluyan las dos preguntas anteriores en todas las consultas realizadas por mujeres. Analicen los resultados grupalmente.

También pueden consensuar otras **preguntas breves** para trabajar en detección temprana que el equipo comunitario considere más apropiadas para ese contexto particular.

Discutan estas cuestiones en el equipo de salud y con el facilitador.

4.1.1. Aprovechar el Primer contacto: datos a tener en cuenta

Cuando detectamos a una víctima de violencia, es muy importante saber que esa puede ser la única oportunidad que tiene el equipo de tomar contacto con ella. Por eso, todos/as los integrantes del equipo deben poder detectar y recibir los casos.

En la atención es fundamental brindar el tiempo necesario para que la persona comience a conversar sobre el tema, si se demora será por falta de confianza, por vergüenza o temor a ser juzgada por quien las escucha. Es muy importante legitimar esos sentimientos, reforzando que “la violencia sobre las mujeres es un problema muy extendido, que ocurre en todas las clases sociales”, “que la mayoría de las mujeres siente vergüenza, como ella, al contar que su pareja y/o padre de sus hijos/las maltrata”, “que no tiene culpa por lo que está sufriendo, que es una cuestión de poder, de dominación de hombres sobre mujeres”, “que es una conducta aprendida y que se puede aprender a resolver conflictos de un modo no violento” En fin, cada equipo decidirá cómo contener a la mujer en la primer consulta, en muchos casos por experiencia previa; si no la hubiere, quizás este material pueda ser de utilidad.

Es importante no tomar ni exigir decisiones apresuradas, evitar dar consejos y, en

todos los casos, respetar los tiempos de la mujer brindando una contención, asegurando que se cree en su relato, que se entienda la situación por la que atraviesan y se buscará una solución de forma conjunta.

Siempre se debe preguntar: “Usted, ¿Qué quiere hacer?”

Es necesario aprender a manejar los sentimientos propios para poder ayudar. El equipo de salud es el espacio grupal propicio para trabajarlos.

También es muy importante que el equipo conozca con qué recursos vinculares y económicos cuenta esa persona que podrían sostener las acciones de atención y resguardo, de ser necesarias.

Se deben registrar y guardar todos los datos para contactar a la persona, en el caso que no asista al Centro de Salud o para realizar el acompañamiento: domicilio, teléfonos de familiares, vecinos, amigos, instituciones escolares a las que acuden los hijos, comedores barriales, entre otros. Dejar en claro que se sostendrán las mismas reglas de confidencialidad y respeto que enmarca todo trabajo en el ámbito de la salud.

El intercambio de información con instituciones vinculadas al caso debe ser acotado y con el único fin de ayudar y brindar asistencia a las mujeres y sus familias. La falta de anonimato en los pueblos y comunidades pequeñas debe ser un tema a tener en cuenta y una variable a considerar para las intervenciones, de manera tal que éstas no resulten contraproducentes ni iatrogénicas.¹⁰

4.2 Trabajo en terreno: acercamiento a las familias

Las visitas domiciliarias que hace el equipo comunitario como parte del trabajo en terreno en el área de responsabilidad, son una herramienta muy útil para conocer, generar y/o fortalecer vínculos en la comunidad. Y, particularmente útiles para trabajar en Promoción y Prevención.

Cada vez que haya un acercamiento a las familias, es necesario incorporar una mirada y escucha atenta y cuidadosa si estamos pensando en prevención de violencia sobre las mujeres. No se trata de indagar ni invadir la intimidad de la vida de esa familia, sino de estar atento a los indicadores de un problema de salud que es prevalente, para detectarlo tempranamente.

Previo a la intervención, cada equipo debe debatir y resolver grupalmente cómo abordará esta problemática según el conocimiento de la población del área de responsabilidad y según las herramientas y experiencia con las que cuenta el equipo.

Ante una posible situación de violencia sobre las mujeres, es esencial procurar un espacio de consulta que sea cómodo, en el que la mujer pueda hablar con libertad y confianza. Se la puede invitar al Centro de Salud o a una institución que facilite la expresión del problema, valorando que la invitación no sea contraproducente y se

10. Toda intervención del equipo de salud que produzca un daño o alteración extra e indeseada a la situación que le dio origen.

genere un alejamiento de la consulta. Y además, se debe tener en cuenta que el victimario puede impedir que la mujer concurra, para mantenerla aislada de terceros.

En cualquier caso, si se combina un encuentro en otro lugar, no deje de registrar qué contactos institucionales o comunitarios tiene la familia de manera tal de poder retomar contacto y/o hacer un seguimiento de la situación si la mujer no concurre a la consulta.



ACTIVIDAD

Para reflexionar sobre la complejidad que presentan los casos de violencia sobre las mujeres a la hora de intervenir, les proponemos que lean atentamente el siguiente relato de una situación que se suscitó en un Centro de Salud.

La psicóloga comenta en una reunión de equipo que necesita que le ayuden a resolver una situación:

“J. tiene 9 años, situación presentada por la escuela al equipo de salud. La maestra había detectado golpes y moretones en ambos brazos. Consultado por esas marcas, el niño le refirió que su padre le pegó con un cinto, enojado porque le había pedido que cuidara a su hermano de dos años y, al parecer, no lo hizo como el padre esperaba. Se le pregunta acerca de dónde estaba la mamá en ese momento y refiere que estaba en cama desde el día anterior ya que está embarazada y que estaba con pérdidas de sangre y que eso pasó después que su papá había discutido y peleado con ella, lastimándola.

La primera intervención la hizo la escuela citando al padre al gabinete, quien minimiza lo sucedido y les dice:” No fue nada, además ustedes no pueden meterse en mi vida y en la de mi familia. Yo soy pobre y ustedes son profesoras y no entienden lo que nos pasa a mi familia y a mí! Siempre nos manejamos así, desde la época de mis abuelos.”

Entonces, la escuela plantea la situación al equipo de salud del Caps
Los invitamos a reflexionar de manera grupal:

¿Ocurren casos como este en la comunidad que atiende tu Centro de Salud?

¿Qué pasos darían para realizar una intervención con esa familia?,

¿Qué harían en primer lugar?,

¿Con quién o quiénes comenzarían una intervención?

Compartan con el resto del equipo sus opiniones y debatan sobre el mejor abordaje posible para esta situación.

4.3. Cómo proceder frente a una situación de alta vulnerabilidad

Algo fundamental a tener en cuenta y que debe surgir de la atención de la mujer es la valoración del riesgo de vida o de una mayor escalada de violencia. Por eso, creemos esencial:

- usar el ciclo de la violencia,
- recuperar la historia de vida de la paciente,
- conocer si tiene una red de vínculos o algún vínculo fuerte, o vive en un aislamiento social extremo

Por ello, es fundamental conversar sobre los riesgos de volver a su casa, dando la posibilidad de que tomen conciencia de los riesgos que corren o pueden correr y considerar algunas medidas de protección, tanto para ella como para los hijos.

Como guía orientadora, mencionamos los siguientes criterios generales y que deberán formar parte de la evaluación singular de la situación de la mujer, en su contexto.

Son *situaciones de alto riesgo*: daños físicos y psíquicos, recientes y/o crónicos. Existencia de lesiones anteriores o no y/o abortos previos provocados por golpizas.

- ⊙ Negación (la mujer oculta o no reconoce el castigo corporal) o aceptación frente a la acción traumática.
- ⊙ Existencia de denuncias previas policiales e intervención de la justicia, medidas de exclusión y, a pesar de esto, el violento/golpeador reincide en las conductas violentas.
- ⊙ Huidas previas del hogar familiar.
- ⊙ Presencia de niños y niñas en el hogar
- ⊙ Internaciones y consultas previas por el mismo motivo.
- ⊙ Aislamiento social / ausencia o presencia de redes de apoyo.
- ⊙ Presencia de armas en la casa y amenazas previas.
- ⊙ Antecedentes delictivos del golpeador.
- ⊙ Actitud temeraria por parte de la mujer, sin conciencia de las consecuencias reales o potenciales del maltrato/reconocimiento y conciencia de la situación.
- ⊙ Aceptación/concurrencia a tratamientos anteriores propuestos o al actual/ acude a las consultas previstas.

Cuando de la evaluación surge que existe un alto riesgo de vida, se deben tomar rápidamente todas las medidas necesarias para que la mujer y los hijos e hijas -en el caso que los tuviera-, se pongan a resguardo..

El equipo de salud ofrecerá- con los recursos a su alcance- opciones para ese resguardo, que pueden ser a través de refugios locales –si los hay disponibles- o bien, ubicar dentro de los recursos comunitarios otras opciones para su protección.

Existen algunas pautas a seguir en el momento que deba alejarse del agresor y abandonar el hogar, las más importantes de mencionar son:

- ⊙ Elegir un momento en que la situación con su pareja sea lo más tranquila posible, no dando indicios de la intención de huida.
- ⊙ Preparar ropa y documentos de ella y los hijos/as y mantenerlos ocultos en la casa de una vecina o familiar para una salida precipitada.
- ⊙ Recordar fuertemente a la mujer que NO DEBE DECIR nunca el domicilio en el que se va a vivir, para que el agresor no la encuentre.

Es importante preguntar si la mujer tiene la posibilidad de contar con recursos económicos, con familiares y/o vecinos/amigos dispuestos a ayudarla/alojarla, y también el equipo debe contar previamente con la información sobre las instituciones adonde la víctima pueda acudir para ser ayudada.

Se debe estimar en cada contacto si la situación de violencia se ha incrementado o, por el contrario, si ha disminuido.

4.4. El trabajo en equipo: una herramienta esencial para las intervenciones

El espacio privilegiado –como venimos planteando- para el trabajo e intercambio sobre todas las necesidades de salud y sobre esta problemática en particular, es la reunión del equipo. Es una actividad en la que participan todos/as los/as trabajadores del centro de salud, a la que debe asistir el facilitador/ra, y donde es posible revisar las distintas visiones y concepciones sobre todos los problemas complejos y/o prioritarios, proyectar acciones, elaborar estrategias, definir responsables a cargo de las mismas y evaluar acciones ya realizadas.

Nuestra concepción instala al equipo de salud en un lugar bien diferente del de los individuos y su mera suma. El equipo es el espacio donde los desempeños individuales pueden potenciarse merced a su articulación, el intercambio y la reflexión conjunta. En un material anterior afirmamos: "(...) De los equipos de salud se esperan desempeños que no son posibles para sus miembros aisladamente" (...) "los objetivos o intenciones de los equiposson diferentes a la suma de los de sus miembros (...)".¹¹

La reunión de equipo es, además, un espacio necesario para compartir sentimientos, ansiedades y angustia que el trabajo con este tipo de problemas complejos genera en los trabajadores de la salud.

11. Programa Médicos Comunitarios Posgrado en Salud Social y Comunitaria: "Trabajo en equipo de salud" Modulo 8, Unidad 2-. Ministerio de salud de la Nación-Buenos Aires-2006.

La problemática de la violencia de género está tan arraigada e imbricada social y culturalmente, que todos y todas poseemos alguna experiencia en nuestra propia historia personal, familiar y en nuestro entorno social primario.

Por ello, al volver a entrar en contacto con este tema, escuchar, acompañar y atender a mujeres víctimas, suele aparecer un fuerte impacto emocional, en mayor o menor medida entre los integrantes de los equipos. Por todo ello, se necesita fortalecer los espacios de diálogo dentro del mismo equipo de salud.

4.5. El trabajo intersectorial

El trabajo comunitario requiere y posibilita articular acciones con otros sectores estatales y diferentes actores que integran la comunidad, como organizaciones barriales, trabajadores comunitarios y vecinos/as, con otros sectores del estado, pertenecientes a justicia, educación, desarrollo social, entre otros, y así poder pensar en posibles soluciones a los problemas y necesidades de salud planteados. Y cuando se trata de problemas complejos como el que nos ocupa, esta articulación es fundamental para poder contar con otros soportes en el trabajo, además del equipo de salud.

Para articular con estos recursos contamos con el trabajo cotidiano en el espacio local. Los integrantes de los equipos de salud pueden y deben trabajar y articularse en redes¹². Las visiones y los recursos intersectoriales sumados para abordar las violencias de género permitirán pensar acciones que abarquen la complejidad del problema.

En el armado de estas redes, es imprescindible la participación activa de la comunidad en el ejercicio de su ciudadanía y la validación de derechos. Por ello, es necesario escuchar las propuestas de acción planteadas por la gente, desde su lugar, con saberes diferentes a los del equipo de salud.

Hay comunidades que han planteado redes de acompañamiento, conformación de grupos de reflexión y autoayuda en Centros de Salud. Las comunidades pueden participar en la confección y distribución de cartillas de información sobre los lugares de asesoramiento legal, acompañando a las víctimas en la transición que implica salir de su hogar e ingresar a un refugio o al hogar de un familiar o vecino, y a lo largo de todo el proceso para asistir a las mujeres víctimas y a sus familias.

Tanto los servicios estatales como las organizaciones intermedias y de la comunidad constituyen a nivel local un valioso andamiaje de recursos disponible para el trabajo tanto preventivo como asistencial. A este andamiaje lo denominamos red local de recursos.

12. Remitir a:
Curso en Salud Social y
Comunitaria. "Trabajo en
equipo, redes y
participación"-
Ministerio de Salud-
Presidencia de la
Nación- Buenos Aires,
octubre 2011.

4.6. Construir entre todos y todas una guía de recursos

Una Guía de Recursos locales, es una herramienta de suma utilidad, que permite recurrir a los actores que conforman la red, para que las acciones de prevención y asistencia puedan realizarse de manera rápida y eficaz.

Se puede elaborar recopilando información a través de visitas y entrevistas a instituciones locales, organizaciones sociales, orientadas directamente a la atención o no del problema y que pertenecen a la jurisdicción integrando las mesas de gestión de Cics donde las hubiera, o en las Mesas Municipales de Violencia donde ya estén conformadas.

Se debe confeccionar, con la información relevada, un listado donde figuren todos los teléfonos, direcciones y horarios.

Es importante que las visitas a las instituciones y organizaciones barriales se reiteren periódicamente, para mantener actualizada al Guía de Recursos y para establecer y actualizar acuerdos de trabajo con los diferentes actores involucrados, que facilitarán el abordaje de las situaciones de violencia que aparezcan.

Finalmente, para que realmente sea de utilidad, debe estar disponible durante todo el horario en que el centro de salud, CIC o posta sanitaria estén abiertos, y deben conocerla todos los integrantes de la red.

Para que la red sea operativa y funcione como un recurso para el cuidado de la salud comunitaria, se necesita el establecimiento y fortalecimiento de vínculos, tarea que se lleva adelante manteniendo contactos periódicos con las organizaciones que forman parte de la red y la Guía de Recursos.

Estos vínculos son personales, se establecen en encuentros cara a cara en los que se pueda dialogar e intercambiar opiniones sobre un mismo problema. Cuando no es posible el vínculo personal, se debe buscar la vía de contacto más adecuada (teléfono o algún otro contacto disponible).

A los fines de poder co-operar con los diferentes nodos de la red en las acciones de salud, realizar derivaciones protegidas y utilizar los recursos estatales y comunitarios disponibles, es preciso ser referente para las víctimas y otras organizaciones y contar al mismo tiempo, con referentes. El equipo comunitario es tanto un recurso para los demás nodos de la red como los otros lo son para el equipo. Es un accionar de ida y vuelta y donde todos los integrantes de la red tienen algo para aportar. Un buen funcionamiento de la red evitará en gran medida las re-victimizaciones.

ACTIVIDAD

Quizás el Centro de Salud en el que trabajas ya cuenta con una Guía de Recursos más o menos completa y pertenece a una red que trabaja el tema de violencia de género. Les proponemos que revisen el estado y actualización de esa información y detecten la necesidad de completarla y/o actualizarla. Y si no la tienen, pueden proponerlo como actividad.

Pueden visitar a los integrantes de la red para actualizar o completar la guía, o simplemente, para conocer personalmente a quiénes son los referentes y establecer un canal de comunicación con ellos.

Les sugerimos que en la revisión de la Guía de Recursos y la Red, se aseguren que estén incluidos:

- los organismos estatales, servicios y equipos dentro de su jurisdicción, ya sea del propio sector de salud así como de otros (Desarrollo Social, Justicia, Consejos de Niñez, Educación, entre otros) que tienen responsabilidades y funciones para prevenir y asistir a personas afectadas por la violencia de género.
- las ONGs, Clubes Barriales, instituciones estatales, organizaciones barriales, iglesias y radios locales.

Continuar fortaleciendo los vínculos en el espacio local es una estrategia muy importante para abordar este complejo problema social y de salud.



5. El Registro de las situaciones de Violencia

Como vimos en la Unidad 5 “Las cifras del problema”, es muy importante contar con algún modo de registro de estas situaciones. El registro es el único modo de analizar la incidencia, prevalencia y diferentes formas en que se presenta el problema. Es un modo de conocerlo que no puede reemplazarse por otros.

Por lo general, existe un subregistro que dificulta saber realmente cuál es la magnitud del problema. No siempre se registra la situación de violencia en la historia clínica de la persona o familia que asiste a la consulta. Es habitual que solo se registre lo que observamos o detectamos en la consulta, es decir lo que llega como demanda al Centro de Salud. Finalmente, casi nunca se recupera la información si

se ha referenciado a la persona o se ha trabajado con otras organizaciones. Este tipo de limitaciones no le quita validez a este tipo de registro, pero no es suficiente.

Quedan por fuera de esta modalidad de registro todas aquellas situaciones detectadas por otros actores en otros ámbitos, más allá de las actividades que se realizan en el Centro de Salud.

Por todo ello, es invaluable la información que brindan los registros y existe una fuerte necesidad de avanzar en el proceso de tener, desde el sector salud, registros sistemáticos y de buena calidad, como elemento de trabajo con este complejo problema.

A continuación, les proponemos una serie de actividades con las que intentamos saldar esa brecha.

Por lo antes mencionado, creemos necesario que el equipo reflexione sobre la posibilidad de elaborar un registro que les ayude a conocer y, al mismo tiempo, les permita adecuarse a la realidad del problema a nivel local. También es un medio indirecto para observar qué registro tienen los integrantes de la comunidad del problema. De esta manera, van a tener más elementos para saber si está instalada, y de qué manera, la violencia de género como problema en su comunidad.



ACTIVIDAD

Les proponemos que analicen los registros que ya tienen y establezcan un modelo de registro que les resulte útil, para las acciones de prevención, detección y atención.

Para realizar el registro contemplen aspectos tales como

- quiénes son las víctimas (el equipo definirá la pertinencia de consignar, edad, sexo u otros)
- cuál es el vínculo con el agresor
- tipo de violencia ejercida
- ámbitos y horarios

Con lo aportado en unidades anteriores y con los datos de sus propios registros, analicen cómo se manifiesta este problema en su área local: violencia física, psicológica, sexual, económica, simbólica; victimización secundaria desde las instituciones y organizaciones sociales, obstétrica, mediática y relacionar estos datos con los ámbitos donde se produce. Por ejemplo: “violencia sexual, en el ámbito doméstico”, “violencia contra la libertad reproductiva en el ámbito hospitalario”, “violencia mediática y simbólica en la periódico local”, “violencia institucional en la comisaría”, entre otras variantes.

Los datos son siempre un insumo para reflexionar, grupalmente en este caso, sobre la necesidad de conocer, describir el problema y armar consensos para su abordaje.

A modo de cierre

Ser parte de un equipo de salud comunitario en el primer nivel de atención de nuestro país es un permanente desafío para conocer la complejidad de los problemas de salud que son consultados, y las necesidades sanitarias que muchas veces permanecen ocultas por diferentes razones, vinculadas primordialmente a lo cultural y a la accesibilidad.

También es una oportunidad para generar y/o fortalecer vínculos con las personas que viven en el área local. Si bien estos conceptos se han desarrollado en varios documentos de Salud Social y Comunitaria, creemos que el equipo de salud interdisciplinario e inter-saberes es una herramienta fundamental para abordar todos los problemas de salud complejos, prevalentes, priorizados o emergentes.

Poder construir una mirada colectiva sobre la realidad de la salud seguramente será un avance para la transformación de nuestro sistema sanitario en pos de una mejor salud para todos y todas.



Bibliografía

Bibliografía utilizada

- BOURDIEU, PIERRE: *Sobre la televisión*, Cap 1. Anagrama, Barcelona, 1996.
- BRINGIOTTI, M.I.: *La escuela ante los niños maltratados*, Paidós, Buenos Aires, 2000
- CABAL, GRACIELA: *Mujercitas ¿eran las de antes?*. Libros del quirquincho, Buenos Aires, 1992
- DURAND, T., GUTIERREZ, M. A.: *El impacto de la perspectiva de género en la educación sexual*, www.ffyh.unc.edu.ar/.../boccardi-los-efectos-del-feminismo-y-los-est...
- DURAND, T. GUTIERREZ, M. A.: “Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos” 1998. Publicado en: bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/gutierrez.rtf
- *Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe*. Serie Mujer y Desarrollo. CEPAL 2010. División Asuntos de Género. Santiago de Chile. Marzo 2010
- FERNÁNDEZ, A. M.: “La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres”. Editorial Paidós, Bs As. 2006
- FERREYRA, GRACIELA: *Hombres violentos, mujeres maltratadas- Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social*, Sudamericana, Buenos Aires.1992
- FERREIRA, GRACIELA: *Cartilla para trabajadores de la salud*. Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar. Bs. As., Argentina.
- FRÍES, LORENA Y HURTADO, VICTORIA: *Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe*. Serie Mujer y Desarrollo 99. CEPAL 2010. División Asuntos de Género. Santiago de Chile. Marzo 2010.
- GAMBA, S: *Diccionario de estudios de genero y feminismos*; Biblos, Buenos Aires, 2ªEdición, 2009.
- GOGNA, M., LLOVET, J.J.(IN MEMORIAM), RAMOS, S. Y ROMERO, M.: *Los retos de la Salud Reproductiva: DDHH y Equidad Social*. Ed.NORMA, CEDES. Bs.As. 1998. www.un.org/womenwatch/daw/Beijing/pdf
- www.un.org/spanish/conferencesbeijing/mujer2021.htm
- Informe de Investigación del Área de Investigación de la Asociación Civil “La Casa

- del Encuentro*” Femicidios en Argentina 1° de enero al 31 de diciembre de 2009: “A ellas nadie quiso escucharlas” Página web: www.lacasadelencuentro.org
- Informe 2010 del Observatorio de Femicidios en Argentina de la Sociedad Civil “Adriana Marisel Zambrano”. Página web: www.lacasadelencuentro.org
 - Informe de la Reunión Internacional sobre Estadísticas e Indicadores de Género para medir la incidencia y evolución de la Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe. CEPAL – Bolivia, 2001.
 - INTEBI, IRENE: *Abuso Sexual Infantil. En las mejores familias*, Granica, Buenos Aires, 1998.
 - JELIN, E.: “Pan y afectos-La transformación de las familias”. Fondo de cultura económica, -Colección popular-N° 554- Buenos Aires, 1998
 - JUNCAL PLAZAOLA - CASTAÑO, RUIZ-PEREZ Y HERNANDEZ - TORRES- Escuela Andaluza de salud pública, Granada, España. *Versión corta de la herramienta para screening de abuso sobre las mujeres*.
 - MAOÑO Y VAZQUEZ: “Derechos sexuales y reproductivos”.1995 Publicado en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66>
 - MARQUES, JOSEPH VINCENT: *¿Qué hace el poder en tu cama?*, Icaria, 1987
 - NOVICK, S.: *Democracia y fecundidad: políticas relacionadas con la Salud Reproductiva y la Anticoncepción*. Argentina: 1983-2001.1992.
 - NOVICK,S.: *Democracia y población Argentina 1983-1999*, doc n° 28, Conicet-1983- Diciembre 2001. Publicado en: <http://webiiggsociales.uba.ar/pobmigra/archivos/dt28.pdf>
 - PAGGI, PATRICIA: “Las instituciones de salud y el problema de la violencia conyugal”. Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia- Paidós, N° 140-Buenos Aires, 1995.
 - PAULUZZI, LILIANA: *Demoler los mitos del amor romántico y la mujer-madre*. Casa de la Mujer, Rosario, Argentina.2000.
 - PETRACCI, N.(COORDINADORA) PECHENY,M. *Argentina: derechos humanos y sexualidad CLAM*, instituto de medicina social, universidad del estado de Río de Janeiro.1ª.edición, Buenos Aires, 2007.
 - PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Modulo 10b: Unidad 2. Ministerio de Salud de la Nación Bs. As. 2006.
 - PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS. Posgrado en Salud Social y

Comunitaria: Modulo 8, Unidad 2. Ministerio de Salud de la Nación, Bs.As. 2006.

- Publicación en Serie Mujer y Desarrollo 40: “*Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: una propuesta para medir su magnitud y evolución*” Autores Varios. Santiago de Chile. Junio 2002.
- SORIA, M. A.,HERNÁNDEZ, J.A.: *El agresor sexual y la víctima*, Marcombo S A, Barcelona,1994.
- TABER,B. Y ALSTSCHUL, C.:”*Pensando Ulloa*” Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2005.
- TCHALIDY, ELENA: *Violencia no es solo el golpe*. Fundación Alicia Moreau de Justo. Bs. As., Argentina, 1990.
- TCHALIDY, ELENA: *Manual para Profesionales de la Salud*. Fundación Alicia Moreau de Justo. Bs. As., Argentina, 1992.
- VELAZQUEZ, S.: *Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Paidós, Buenos Aires, 2006.
- ZURUTUZA, C, BLANCO. M.:” *Mujeres sanas, ciudadanos libres (o el poder de decidir)*”. Durand, T, Gutiérrez, Ma. A. (Foro por los derechos reproductivos). 1998.

AUTORES

Dra. Diana Pierina Juarez

Lic. María Eugenia Bagnasco

Dra. Wanda Candal

Dra. María Silvina Gygli

Micaela Quiroga, Comunicadora Social

Lic. Cora Santandrea

EDITOR

Programa Médicos Comunitarios

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS

Angeles Tessio

DISEÑO DIDÁCTICO

María Elena Bolonese

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Dcv. Pablo Fantini

IMPRENTA

Grafica CID

Programa de Equipos Comunitarios

Cobertura Universal de Salud

República Argentina 
salud.gov.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación